

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale en gynécologie



THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Avril 1939

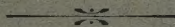
POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy
Mention « Médecine »

PAR

FERSZT Felicja Michalina

Née le 10 Janvier 1906, à Varsovie (Pologne)



Examineurs de la Thèse :	{	MM. BINET, professeur	Président
		MERKLEN, professeur	{ Juges
		MUTEL, professeur	
		ABEL, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.



RAPID'IMPRIMERIE - NANCY

1939

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale en gynécologie

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Avril 1939

POUR OBTENIR LE TITRE DE

Docteur de l'Université de Nancy

Mention « Médecine »

PAR

FERSZT Felicja Michalina

Née le 10 Janvier 1906, à Varsovie (Pologne)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. BINET, professeur	<i>Président</i>
		MERKLEN, professeur	Juges
		MUTEL, professeur	
		ABEL, agrégé	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. SPILLMANN, C. ✱, I. ✱.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, ✱, I. ✱; WEISS, O. ✱, I. ✱;

BOUIN, O. ✱, I. ✱; ANCEL, ✱, I. ✱; GARNIER, ✱, I. ✱;

DUFOUR, ✱, I. ✱; HOCHÉ, O. ✱, I. ✱; FRÉLICH, ✱, I. ✱;

LAMBERT, ✱, I. ✱.

JACQUES, ✱, I. ✱; ANDRÉ, O. ✱, I. ✱.

Professeurs :

Clinique des malad. syphilit. et cutan.
Clinique obstétricale et Accouchements
Histologie
Anatomie descriptive
Clinique médicale
Chimie médicale
Clinique médicale
Hygiène et médecine sociale
Clinique chirurgicale
Clinique ophtalmologique
Physiologie
Clinique des maladies des enfants
Bactériologie et parasitologie médicale
Pathologie gén. et méd. expérimentale
Clinique gynécologique
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Hydrologie
Médecine légale
Thérapeutique

M. L. SPILLMANN, C. ✱, I. ✱.
M. A. FRUHHOLZ O. ✱, I. ✱.
M. R. COLLIN, O. ✱, I. ✱.
M. M. LUCIEN, O. ✱, I. ✱.
M. L. RICHON, ✱, I. ✱.
M. H. ROBERT, ✱, I. ✱.
M. M. PERRIN, ✱, I. ✱.
M. J. PARISOT, C. ✱, Ch. S. P. I. ✱.
M. HAMANT, ✱, I. ✱.
M. P. JEANDELIZE, ✱, I. ✱.
M. SANTENOISE, ✱, ✱, ✱, A. ✱.
M. L. CAUSSE, ✱, I. ✱.
M. DE LAVERGNE, O. ✱, I. ✱.
M. SIMONIN, I. ✱.
M. BINET, ✱, I. ✱.
M. M. BARTHELEMY, ✱, I. ✱.
M. WATRIN, ✱, I. ✱.
M. L. MERKLEN, ✱, I. ✱.
M. MUTEL, ✱, I. ✱.
M. DROUET, I. ✱.

Professeurs sans chaire :

M. JOB, ✱, I. ✱; M. LAMY, ✱, I. ✱.

Chargés de Cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses...
Thérapeutique chir. et technique opér.
Clinique des maladies contagieuses...
Clinique des vieillards
Médecine opératoire
Electrothérapie et radiologie
Accouchements (cours théorique)
Obstétrique
Clinique propédeutique médicale
Clinique et propédeutique chirurgicale
Clinique et propédeutique
Chirurgicale infantile
Pathologie interne
Clinique des maladies mentales
Education physique (1)
Clinique neurologique (1)
Propédeutique O.-R. L. (1)
Parasitologie

{ M. P. SIMONIN, I. ✱, prof.
M. ABEL, ✱, I. ✱, agrégé.
M. GUILLEMIN, ✱, I. ✱, agrégé.
M. DE LAVERGNE, O. ✱, I. ✱, profess.
M. DROUET, I. ✱, professeur.
M. M. BARTHELEMY, ✱, I. ✱, prof.
M. G. LAMY, ✱, I. ✱, ch. du c., prof.
sans chaire.
M. JOB, ✱, I. ✱, prof. sans chaire.
M. VERMELIN, ✱, I. ✱, agrégé.
M. KISSEL, agrégé.
M. CHALNOT, agrégé.
M. BODART, agrégé.
M. ABEL, ✱, I. ✱, agrégé.
M. HAMEL, ✱, docteur.
M. L. MERKLEN, ✱, I. ✱, professeur.
M. MICHON, docteur.
M. AUBRIOT, docteur.
M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

M. FLORENTIN A. ✱.
M. BODART.
M. CHALNOT.

M. WOLFF, A. ✱.
M. MELNOTTE, O. ✱.
M. VERMELIN, ✱, I. ✱.

M. GUILLEMIN, ✱, I. ✱.
M. ABEL, ✱, A. ✱.
M. KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, ✱, I. ✱; S. REMY, I. ✱; BUSQUET, I. ✱.
M. E. TRIBOLET, I. ✱, secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver, ni les imputer.

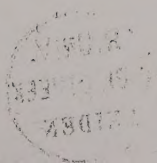
JACQUES, ✱, I. ✱, ANDRÉ, O. ✱, I. ✱.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciples, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la Société.



A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur BINET,

Professeur à la Clinique gynécologique,

Chevalier de la Légion d'Honneur,

Officier de l'Instruction publique.

Sur le point de quitter la Faculté de Médecine de Nancy, dont nous garderons toujours le meilleur souvenir, qu'il nous soit permis de remercier tout particulièrement M. le Professeur BINET, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Nous n'oublierons jamais tout ce que nous devons à son lumineux enseignement et à sa haute bienveillance et nous le prions de croire à notre attachement tout dévoué et respectueux.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MES JUGES

M. le Professeur Louis MERKLEN

Professeur d'Hydrologie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction publique.

M. le Professeur MUTEL

Professeur de Médecine légale,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction publique.

M. le Professeur Agrégé ABEL

Chargé de Cours à la Clinique des Maladies
tuberculeuses et de Pathologie interne,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Et à tous nos Maîtres à la Faculté

et dans les Hôpitaux,

Hommage de notre très respectueuse reconnaissance.

A MA FAMILLE,
Témoignage d'une grande reconnaissance.

A R. BREZS,
Chirurgien-Dentiste,
Meilleure amie des années d'études.

A J. GILDIN,
Docteur en Droit,
*Dont l'amitié et les conseils ont soutenu mon courage
et guidé mes efforts.*
*Qu'ils trouvent ici le souvenir de mon amitié
et de mon affection profonde.*

INTRODUCTION

« Le dernier terme de notre art : la détermination exacte des indications. »

Pozzi.

Les résultats de la culture physique chez la femme bien portante sont actuellement connus et universellement appréciés.

D'autre part, depuis fort longtemps la gymnastique orthopédique est utilisée avec plein succès dans le traitement des déviations des membres et de la colonne vertébrale. Mais la gymnastique abdominale n'est-elle pas susceptible, elle aussi, d'être employée comme agent prophylactique et curatif dans les affections génitales de la femme ? C'est ce que nous nous sommes efforcée d'élucider dans ce travail, entrepris à l'instigation de notre Maître, M. le Professeur Binet.

Pendant près d'un an, nous avons pu assister, à la Clinique de Gynécologie de Nancy, aux exercices de gymnastique abdominale, exécutés par des malades sous l'égide d'une monitrice, élève de l'Institut d'Education Physique de l'Université. Nous-même avons dirigé la culture physique de quelques-unes de ces malades. Nous avons pu apprécier les bienfaits des exercices et aussi leurs limites, car si la gymnastique abdominale comporte des indications en gynécologie, elle présente aussi des contre-indications, et ce sont ces indications et ces contre-indications que nous nous som-

mes efforcée de préciser dans notre travail.

Le but essentiel de la gymnastique abdominale est de développer par des exercices appropriés des muscles de la paroi antéro-latérale du ventre : les muscles grands droits, grands obliques, petits obliques, transverses.

Ces exercices sont nombreux et peuvent être variés à l'infini, car la plupart des mouvements du corps sollicitent les contractions des muscles abdominaux. Les plus simples de ces mouvements consistent essentiellement dans le relèvement du tronc ou des membres inférieurs sur le bassin et dans les mouvements de rotation du tronc sur le bassin.

La gymnastique respiratoire et la gymnastique du plancher pelvien sont des auxiliaires précieux de la gymnastique abdominale. La première augmente la capacité thoracique et a sur l'organisme des effets généraux fort importants, la seconde procure un appui solide aux organes pelviens.

La gymnastique abdominale semble avoir été introduite dans la pratique gynécologique, en même temps que le massage, par le Suédois Thur Brandt. Vers 1859, Stapfer perfectionna la méthode de Brandt et la fit connaître en France, depuis 1895.

Ces auteurs démontrèrent que la gymnastique abdominale proprement dite avait sur les organes pelviens un effet congestionnant, en vertu d'une action purement mécanique. Ces exercices, en mettant en tension la paroi abdominale, compriment en effet les viscères.

Par contre, d'autres exercices comme l'abduction fémorale, siège soulevé avec résistance alternative du médecin et de la malade, de façon à faire travailler les

masses fessières, ont un effet décongestionnant sur les organes pelviens et ceci en vertu d'un réflexe dynamogène à effet vaso-constricteur.

Notons d'ailleurs qu'un exercice décongestionnant devient congestionnant dès qu'il entraîne de la fatigue.

Cette distinction fondamentale entre gymnastique congestionnante et gymnastique décongestionnante est actuellement admise par tous les kinésithérapeutes.

Au cours de notre travail, nous passerons en revue les services que peuvent rendre en gynécologie l'une et l'autre de ces méthodes :

1° Dans les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme comme l'aménorrhée, la dysménorrhée, les ménorragies et les métrorragies;

2° Dans les troubles dystrophiques de la paroi abdominale et dans les déviations utérines.

Puis nous envisagerons les bienfaits de la gymnastique abdominale au cours de la grossesse, dans les suites de couches et les suites opératoires.

Nous dirons un mot de l'utilisation de la gymnastique abdominale dans les génitopathies inflammatoires.

Nous discuterons, pour les rejeter d'ailleurs, les indications des exercices physiques dans les néoplasmes.

Enfin certaines femmes peuvent avec profit employer la gymnastique abdominale pour maintenir la morphologie normale de leur ventre ou s'efforcer de réparer les dommages d'une esthétique compromise.

Beaucoup de sportives et même de femmes simplement soucieuses de conserver ou de récupérer l'intégrité de leur ligne se prêtent volontiers à des exercices quotidiens quelque peu fastidieux. Parfois même, dans

un zèle intempestif, elles dépassent le but et aboutissent au surmenage de leurs appareils musculaire et nerveux.

D'autres, beaucoup plus nombreuses encore, ne consentent pas à se plier avec régularité à l'effort que nécessite l'éducation physique.

Dans la classe populaire surtout, on se heurte trop souvent à la mauvaise volonté ou à l'incompréhension des femmes.

La gymnastique abdominale exige des qualités spéciales de persévérance de la part des malades et de patience de la part des monitrices.

Aussi n'est-elle pas encore entrée autant qu'elle le mérite dans la thérapeutique gynécologique.

CHAPITRE PREMIER

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale dans les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme.

A) AMÉNORRHÉE. — En dehors de la grossesse, l'absence du flux menstruel traduit chez la femme l'insuffisance fonctionnelle de l'ovaire.

Permanente ou transitoire, primitive ou secondaire, elle est liée tantôt à des causes générales, tantôt à des causes locales.

Indications. — La gymnastique médicale donne seule ou concurremment avec le traitement médical (opothérapie) et la physiothérapie (diathermie) d'excellents résultats dans les cas d'aménorrhée primitive chez les jeunes filles infantiles, à puberté retardée, ou chez celles qui tout en présentant un développement satisfaisant des caractères sexuels secondaires ne voient pas leurs règles s'établir.

On l'utilisera aussi, dans les cas d'aménorrhées secondaires, chez les vierges qui, après avoir été réglées une ou plusieurs fois, voient leurs règles suspendues.

En pareil cas, on utilisera la gymnastique congestive.

Voici, à titre d'exemple, le résultat que nous avons obtenu par ce procédé chez une jeune fille aménorrhéique, dont notre Maître le Professeur Binet nous a confié le traitement.

Mlle C., 15 ans, n'a été réglée qu'une seule fois, le 12 juin 1934. Depuis cette époque, elle est aménorrhéique.

L'examen fait le 6 novembre 1934 montre : au toucher, un utérus petit, en position normale; au spéculum, un petit col, un peu érodé, laissant sourdre des sécrétions jaunâtres.

Diagnostic : exo-cervicite légère et amenorrhée liée à de l'infantilisme génital.

Traitement : la malade a été soignée sans résultat par l'opothérapie hypophysaire et ovarienne et par des rayons ultra-violets.

Nous lui faisons faire, à la clinique de gynécologie, des séances régulières de gymnastique abdominale. A la suite de ce traitement, la malade revoit ses règles. Rentrée chez elle, Mlle C. continue cette gymnastique. Ses menstruations d'abord rares, deviennent peu à peu régulières. Ultérieurement, la malade a même signalé deux menstruations successives qui étaient en avance.

La gymnastique abdominale est également indiquée chez les jeunes femmes parvenues à la période d'activité génitale, mais aménorrhéiques d'emblée ou secondairement à une grossesse ou à une fausse-couche.

Il semble qu'en pareil cas il y ait épuisement de la fonction ovarienne. La gymnastique mixte, alternativement congestionnante et décongestionnante, est susceptible de réveiller cette fonction assoupie.

La même règle de conduite est applicable aux aménorrhées consécutives à un allaitement prolongé ou à un curetage de l'utérus. Les femmes dont l'utérus est surinvolué présentent souvent les signes d'une ménopause anticipée.

Dans les aménorrhées de la ménopause spontanée, chirurgicale ou radiothérapique, la gymnastique abdominale n'est indiquée que d'une manière très relative.

L'opothérapie substitutive permet, à elle seule, d'éviter les accidents ménopausiques.

Toutefois, dans le cas particulier des castrées, aux-

quelles on a conservé l'utérus et auxquelles on a pratiqué des greffes ovariennes, la gymnastique abdominale retrouve toute son efficacité. Car la congestion qu'elle provoque influence favorablement la vitalité des greffes et provoque l'apparition des menstruations.

Contre-indications de la gymnastique abdominale dans l'aménorrhée. — Si la gymnastique abdominale peut donner des résultats intéressants, comme nous venons de le voir, chez certaines aménorrhéiques, par contre, elle peut être contre-indiquée chez d'autres, soit d'une manière relative, soit d'une manière absolue.

Aussi, avant de procéder à la cure d'exercice chez une femme aménorrhéique, est-il nécessaire de procéder à un examen médical complet, à la fois général et local.

La grossesse, à laquelle il faut toujours songer en cas d'aménorrhée, ne contre-indique pas formellement la culture physique. Comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur, l'état gravidique est compatible, sous certaines réserves, avec la cure d'exercices abdominaux.

Par contre, la gymnastique est nettement contre-indiquée dans les grossesses ectopiques d'une part et, d'autre part, dans toutes les aménorrhées liées à une lésion anatomo-pathologique de l'appareil génital, telles que tumeurs de l'ovaire solides ou kystiques, bénignes ou malignes, lésions inflammatoires annexielles, tuberculose salpingienne, etc.

La gymnastique est encore contre-indiquée dans tous les cas où l'aménorrhée n'est que l'expression d'une affection chronique grave : ainsi en est-il chez les tuberculeuses à la période cachectique, chez les

cancéreuses, les brightiques, les diabétiques, dans les anémies graves, les maladies du système nerveux central, etc. L'aménorrhée n'est ici qu'un symptôme accessoire au milieu de tant d'autres plus importants.

Chez toutes ces malades, la gymnastique abdominale est contre-indiquée d'une manière définitive.

Elle l'est dans tous les cas, où l'arrêt des règles survient au cours ou au décours d'une maladie aiguë : grippe, fièvre typhoïde, oreillons, scarlatine, paludisme, syphilis à la période secondaire, etc.

B) DYSMÉNORRHÉE ET DOULEURS INTERMENSTRUÉLLES. — Stapfer a depuis longtemps attiré l'attention sur les variations congestives de volume de l'utérus au cours du cycle menstruel.

D'après cet auteur, deux vagues de sang envahissent les organes pelviens à intervalles fixes.

La première phase congestive correspond à la maturation de l'ovule. Elle se produit chez les femmes régulièrement menstruées entre le dixième et le douzième jour du cycle.

La seconde phase congestive correspond à la maturation du corps jaune et se situe entre les vingtième et vingt-deuxième jours.

A ces deux phases, il y a stase utéro-annexielle et diverses manifestations morbides peuvent se manifester. On les décrit sous le nom de molinen. On note à ce moment de l'engorgement de l'utérus, des douleurs abdominales ou lombaires, un peu de ballonnement du ventre, des malaises généraux, voire même des modifications du psychisme de la femme. « Ce sont les mauvais jours, les heures d'anxiété, de détresse. C'est

la phase des lubies, des scènes et aussi le moment des aggravations des inflammations génitales (1). »

Le premier molimen se signale tout particulièrement par ses réactions locales et générales assez intenses. C'est « la période noire », le *Mittelschmerz* des auteurs allemands.

Aux phases congestives, correspondant aux creux des vagues utéro-annexielles, succèdent des phases d'accélération de la circulation utéro-ovarienne. La femme se sent alerte d'esprit, de corps, à l'approche immédiate des règles, d'une part, au moment de la ponte, d'autre part, soit vers le quinzième jour, marqué par un écoulement séreux (leucorrhée intermens-truelle) ou même sanguin (règles de quinzaine).

A ce moment, d'après Stapfer, les malaises s'évanouissent, les lésions génitales s'apaisent. Comme le dit encore Apert, « c'est l'heure d'Aphrodite ».

Certaines femmes sont donc susceptibles de souffrir soit quelques jours avant l'ovulation, soit quelques jours avant les règles.

Ces douleurs du *prémenstruum* étaient décrites par les anciens auteurs sous le nom de dysménorrhée ovarienne.

Mais les douleurs peuvent affecter une tout autre chronologie et chez certaines malades elles correspondent exactement à l'ovulation et au début de la menstruation. Dans ce dernier cas, on parlait autrefois de dysménorrhée utérine et aujourd'hui d'algoménorrhée par opposition à la dysménorrhée du *prémenstruum*.

En réalité, il règne encore, quant à la chronologie

(1) BINET (A.). — Morphologie médico-artistique de la femme, page 175.

exacte de la dysménorrhée et des douleurs prémenstruelles par rapport au cycle génital, de très grandes incertitudes.

L'étiologie de la dysménorrhée et des douleurs intermenstruelles est elle-même le plus souvent très difficile à préciser.

En effet, les dysménorrhées peuvent être liées à une lésion de l'utérus, à une lésion de l'ovaire ou être sous la dépendance d'une cause générale.

Mais, comme le fait observer notre Maître, le Professeur Binet (1) : « Quelle que soit l'étiologie incriminée, la dysménorrhée traduit en dernière analyse un dérèglement du système nerveux sympathique ou parasymphatique qui commande l'appareil utéro-anxieux. »

Les causes de la dysménorrhée sont extrêmement nombreuses, signalons avec le Professeur Binet les principales d'entre elles (2) :

a) *Les malformations* de la matrice, telles qu'utérus rudimentaire, unicorne, bifide et surtout les sténoses congénitales du col et de l'isthme;

b) *L'infantilisme utérin*, s'accompagnant d'*antéflexion congénitale*.

c) *Les sténoses acquises* du col, s'observant en particulier après des cautérisations intempestives ou autoplasties mal faites.

d) *L'endométrite cervicale*, et spécialement l'endométrite des nullipares, avec dilatation en barillet du canal cervical.

(1) BINET. — La vie sexuelle de la femme (2^e édit., p. 202).

(2) BINET. — La vie sexuelle de la femme, p. 203-209.

e) *Les tumeurs fibreuses, polypes, adénomyomes utérins.*

f) *Les rétrodéviations.*

g) *Les paramétrites, douglassites, cellulites pelviennes.*

Autrefois, on considérait la dysménorrhée comme un syndrome purement mécanique. L'obstacle à écoulement du sang menstruel résumait toute la pathogénie de la dysménorrhée. Ce facteur mécanique ne joue en réalité qu'un rôle secondaire. L'hyperexcitation des nerfs de l'utérus ou des nerfs périutérins explique la symptomatologie de la dysménorrhée.

En effet, l'hyperexcitation des filets sensitifs s'exprime cliniquement par la douleur; celle des filets moteurs par les spasmes, les coliques utérines. L'hyperexcitation des filets vaso-moteurs donne lieu à l'ischémie ou, au contraire, à l'hyperémie de l'appareil utéro-annexiel. L'irritation des filets sécrétoires se traduit par la leucorrhée ou l'hydrorrhée, parfois par l'élimination partielle ou en masse de la muqueuse utérine, comme cela s'observe dans la dysménorrhée membraneuse.

Certaines lésions ovariennes entraînent, elles aussi, de la dysménorrhée. Ainsi en est-il de beaucoup de salpingo-ovarites. Mais en dehors de ces affections annexielles patentées, des lésions, même discrètes des annexes, peuvent donner lieu à des dysménorrhées pénibles. Il faut savoir les dépister et discerner, par exemple, un prolapsus de l'ovaire, une varicocèle tubo-ovarienne et surtout l'ovarite scléro-kystique.

L'hyperexcitation des nerfs de l'ovaire et surtout

des filets nerveux du hile est la cause de ces dysménorrhées.

Enfin certaines affections générales peuvent se compliquer de dysménorrhée. On a incriminé, suivant les cas, l'hérédité neuro-arthritique, les auto-intoxications alimentaires, la constipation, l'entérocolite, la cholémie familiale, l'appendicite chronique. Il semble que toutes ces maladies réalisent une imprégnation toxique du follicule de de Graaf, bientôt suivie d'une sclérose ovarienne.

Une hygiène défectueuse, le surmenage physique ou intellectuel, l'asthénie générale, sont des causes encore plus vagues de dysménorrhée. Elles aussi retentissent sur le parenchyme ovarien et sur l'innervation de cet organe.

Les dysménorrhées purement pithiatiques ont été signalées; elles sont rares. La plupart du temps, la psychopathie ne fait qu'exagérer un syndrome douloureux dû à une lésion très discrète de l'ovaire.

Indications. — Vu la diversité des causes et des formes de dysménorrhée, une thérapeutique-panacée de cette affection n'existe pas et la gymnastique abdominale ne peut être appliquée qu'à certaines formes bien définies de dysménorrhée.

Elle donne de bons résultats dans les cas de dysménorrhée primitive des jeunes filles, causées le plus souvent par un certain degré d'hypoplasie génitale, souvent accompagnée d'antéflexion.

Dans les dysménorrhées liées à une ovarite sclérokystique ou dans les dysménorrhées de cause générale avec imprégnation toxique de l'ovaire, il existe des

divergences parmi les auteurs en ce qui concerne l'application de l'exercice physique à ces affections.

Ainsi Küstner (1) note, à l'encontre de A. Clow et L. Braun, que le sport augmente les troubles douloureux.

Stapfer procédait par tâtonnement et le plus souvent utilisait la gymnastique mixte (décongestionnante et congestionnante faible).

Actuellement, Netter (2) emploie la gymnastique décongestionnante en y joignant des mouvements empruntés à la gymnastique abdominale, surtout en collaboration avec le massage.

Personnellement, nous nous sommes abstenue, dans tous ces cas douteux, d'utiliser la cure d'exercice chez nos malades.

Contre-indications. — Dans certaines dysménorrhées les contre-indications de la gymnastique abdominale sont formelles.

Ainsi en est-il dans les douleurs menstruelles ou intermenstruelles liées à une lésion inflammatoire de l'utérus ou des annexes, à une tumeur de ces organes telles que polype, fibrome ou encore à une sténose cicatricielle du col utérin. Ne pouvant rien contre la sténose, la gymnastique abdominale risque, en provoquant un flux sanguin excessif, d'augmenter encore la distension douloureuse de l'utérus.

C) MÉNORRAGIES ET MÉTRORRAGIES. La plupart des

(1) KÜSTNER (H.). — Traitement de la dysménorrhée (Berichte über die ges. Gyn. und Geb., Bd. 24, H. 10, 27 juillet 1933) et « Fonctions génitales et sport » (Münch. Mediz. Wochenschrift, t. LXXX, 4, 27 janvier 1933).

(2) NETTER (L.). — Kinésithérapie et la douleur » (Revue Française de Gyn. et d'Obst., juin 1933).

auteurs considèrent que toute hémorragie anormale de l'utérus nécessite la mise au repos de la malade et contre-indique formellement la gymnastique abdominale.

Certains vont même plus loin et font interrompre les exercices physiques pendant les périodes menstruelles normales.

Sans doute, nous ne pouvons formuler de règle absolument générale, ni définitive. Toutefois, contrairement à l'opinion habituellement en cours, nous estimons qu'il faut encourager les jeunes filles à continuer leur entraînement durant leurs périodes menstruelles normales.

Les résultats de l'enquête faite par M. le Professeur Merklen et H. Druost corroborent notre conviction. Ces résultats « suffisent dès maintenant à établir que d'une manière générale il serait exagéré d'interdire systématiquement à la jeune fille en bonne santé (dont les règles notamment ne présentent ni irrégularité, ni anomalie) la pratique modérée des exercices physiques au cours même des périodes menstruelles ».

Dans les ménorragies et métrorragies, l'utilisation de la gymnastique abdominale est très discutable.

Stapfer considère bon nombre d'hémorragies génitales comme susceptibles, plus que tout autre trouble génital, de bénéficier de la gymnastique décongestionnante.

Il cite à l'appui de sa thèse de nombreuses observations personnelles.

Les kinésithérapeutes modernes partagent sa manière de voir.

Mais l'étiologie des hémorragies génitales, étant très

variable, on ne peut pas leur appliquer la même formule sans distinction.

Certaines hémorragies constituent des contre-indications évidentes de la gymnastique abdominale. Ce sont les hémorragies traduisant l'existence :

1° Des néoplasmes, bénins ou malins de l'utérus ou de l'ovaire;

2° D'inflammation dans le territoire des annexes et du péritoine;

3° D'une affection générale;

4° D'avortement, grossesse ectopique, etc.

Dans d'autres hémorragies génitales, les contre-indications de la gymnastique ne sont que relatives.

Ainsi, l'insuffisance de contraction de la musculature utérine, les hémorragies essentielles de jeunes filles étant souvent l'expression d'une insuffisance glandulaire et d'hypoplasie utérine, pourraient bénéficier d'une gymnastique mixte, c'est-à-dire d'une gymnastique alternativement décongestionnante et congestionnante.

CHAPITRE II

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale dans les ptoses viscérales et les relâchements musculaires de la paroi abdominale.

La question des ptoses viscérales n'est pas du domaine de la gynécologie proprement dite. Nous lui faisons néanmoins place dans ce travail, car les ptoses viscérales et les relâchements pariétaux sont très fréquents dans le sexe féminin.

Les femmes y sont prédisposées, d'une part par les grossesses, d'autre part, par le mode de vie sédentaire de beaucoup d'entre elles, appartenant soit à la classe aisée, soit à la classe populaire.

La ptose abdominale dépend de la qualité du contenant et du contenu de l'abdomen.

Le contenant est régi par divers facteurs : dimensions de la cavité thoracique, courbures de la colonne vertébrale, tonicité du diaphragme, tension de la sangle abdominale.

Il existe une étroite solidarité entre le thorax et l'abdomen. Si, par suite d'exiguïté de place dans le thorax, les viscères supérieurs sont obligés de descendre dans l'abdomen, ils pèsent lourdement sur les parois abdominales et les distendent. L'abaissement du diaphragme agit de même. La pression des viscères va se transmettre non dans la direction de l'entonnoir osseux, constitué par le bassin, mais dans la direction

de la paroi antérieure de l'abdomen. De plus, l'hypotonie des muscles lombaires, entraînant la lordose, diminue les dimensions antéro-postérieures de la cavité abdominale.

Le contenu abdominal joue aussi son rôle dans la production de la ptose. Toutes les hypertrophies de ce contenu, qu'elles soient le fait d'une infiltration graisseuse, d'une constipation habituelle, de la grossesse, etc., y prédisposent.

Les troubles engendrés par l'état de ptose sont très variés : ce sont des troubles digestifs, gastro-névroses et dyspepsies, constipation essentielle par parésie gastro-intestinale, tiraillement douloureux sur les plexus nerveux.

En outre, l'état de ptose est, au moins en partie, responsable du prolapsus et de la rétroversion de l'utérus qui se trouve refoulé en bas et en arrière par la masse intestinale.

RÔLE DE L'ÉDUCATION PHYSIQUE EN GÉNÉRAL ET DE LA GYMNASTIQUE ABDOMINALE EN PARTICULIER DANS LE TRAITEMENT DES PTOSES.

De toutes les thérapeutiques que l'on oppose aux états de ptose, la gymnastique abdominale est la seule qui s'adresse à ce qui est, dans la plupart des cas, la cause même du déplacement viscéral : la déformation du ventre.

Les troubles s'apaisent, dès que les viscères, mieux soutenus, retrouvent les conditions mécaniques de leur fonctionnement normal.

Pour obtenir ce résultat, des exercices méthodiques prolongés des muscles antérieurs et latéraux de l'abdomen sont indispensables.

D'autres moyens d'éducation physique compléteront efficacement l'action de la gymnastique abdominale. Il est nécessaire, en effet, de développer le plus possible la poitrine afin d'augmenter ses dimensions, d'exalter l'hypertonie d'attitude dans le but de corriger la lordose de la ptosique.

Mais la récupération de l'énergie musculaire perdue demande de longs délais de temps.

Le grand écueil de ce traitement, d'après P. Madeuf, « est précisément sa longueur qui, s'adressant surtout à des femmes nerveuses ou psychasthéniques, risque, après une période d'enthousiasme, d'être abandonné complètement ». De plus, d'après le même auteur, un sujet ptosique aurait un organisme trop débile pour être un bon constructeur de chair.

Néanmoins, des auteurs comme Petit-Dutaillis (1), Boigey (2), considèrent la gymnastique comme un moyen de premier ordre pour combattre les états de ptose.

Seuls les sujets chez qui l'état de ptose est arrivé à un stade de déchéance musculaire complète et aussi les sujets très âgés, les cardiaques décompensées, les urinaires, etc., doivent s'abstenir de ce mode de traitement.

Nous avons utilisé la cure d'exercice chez bon nombre de nos ptosiques au service de gynécologie de Nancy et chez toutes les malades qui se sont montrées persévérantes, nous avons noté des améliorations très appréciables.

(1) PETIT-DUTAILLIS (P.). — Etude clinique et radiologique des troubles moteurs en gynécologie (*La Gynécologie*, avril 1930), p. 222.

(2) BOIGEY (M.). — Physiologie de la culture physique et des sports, 1927.

CHAPITRE III

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale dans les déviations de l'utérus.

A) ANTÉDÉVIATIONS. — Les antédéviationes de l'utérus sont le plus souvent congénitales. Elles sont liées à un état puéril de l'utérus et des ovaires. A ce titre, la gymnastique abdominale, en raison de ses propriétés congestionnantes, favorise le développement des organes génitaux. On peut d'ailleurs lui associer le massage gynécologique.

Au Congrès de gynécologie de 1933, Sosnowska rapporta cinq observations d'antéversion et latéro-position, traitées avec succès par le massage de Brandt.

Dans un de ces cas, Sosnowska a employé la gymnastique abdominale, après une semaine de massage.

B) RÉTRODÉVIATIONS UTÉRINES. — Dans la rétro-déviation utérine, le déplacement de la matrice est plus ou moins marqué suivant les cas.

Peu considérable, il n'est souvent qu'à le premier temps du prolapsus. L'organe se place dans l'axe du vagin avant d'y descendre.

Plus accentué, le corps de l'utérus bascule en arrière vers le sacrum.

La rétro-déviation de l'utérus est parfois, comme l'antéflexion, d'origine congénitale. C'est alors une manifestation de l'aplasie génitale. A ce titre, elle est justi-

ciable de la gymnastique congestionnante destinée à stimuler le développement des organes génitaux.

Mais la rétrodéviatiou est beaucoup plus fréquemment acquise que congénitale. Elle succède le plus souvent à un avortement ou à un accouchement légèrement septique. Il suffit à ce moment de réduire cette rétroversion pour que l'organe reprenne sa position habituelle. Le décubitus ventral, la position gènu-pectorale facilitent cette réduction. Plus on attend, plus la réduction devient difficile, car la rétroversion finit par entraîner de la cellulite pelvienne et l'utérus tend à se fixer.

La rétroversion utérine est souvent aussi la conséquence d'inflammations annexielles. Les adhérences périsalpingienne ou périutérine, la douglassite attirent la matrice progressivement en arrière et l'immobilisent solidement.

Pour combattre la déviation fixée, le massage gynécologique se montre, d'après Stapfer, assez efficace. La gymnastique, décongestionnante le plus souvent, parfois mixte, ne constitue qu'une thérapeutique accessoire.

Elle a donc sa part, bien que modeste, dans la libération des adhérences.

CHAPITRE IV

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale au cours de la grossesse.

« La gestation est nécessaire au développement complet de l'organisme féminin et la beauté de la femme productive l'emporte sur celle de l'improductive » (JAYLE).

Il est très fréquent néanmoins de voir des femmes qui, du fait de leurs grossesses, ont subi des modifications néfastes de leur morphologie et en ont gardé des traces indélébiles.

Le développement de l'utérus gravide, la mise en réserve de matières grasses dans certaines régions du corps entraînent une distension de la peau, en particulier au niveau de la paroi abdominale et ces « cicatrices vilaines de la grossesse » que sont les vergetures.

Les muscles et les aponévroses de la paroi antérolatérale de l'abdomen, sous l'influence du développement du globe utérin s'allongent et s'amincissent. La ligne blanche s'élargit. L'écart entre les muscles grands droits varie depuis la simple diastasis, qui disparaît incomplètement d'ailleurs après l'accouchement, jusqu'à l'éventration véritable.

La qualité de la musculature de la paroi abdominale joue donc un rôle fort important chez la femme enceinte.

Aucune ceinture ne saurait remplacer une bonne

paroi musculaire qui, elle, est la meilleure sangle abdominale.

Aux disgrâces, troubles et infirmités signalés plus haut, la gymnastique abdominale se propose de porter remède en aidant à la conservation ou à la réfection d'une bonne paroi musculaire.

En développant les grands droits, la gymnastique abdominale devrait aussi favoriser la période d'expulsion. Cependant certains auteurs comme Duntzer et Hellendal affirment que les sportives accouchent difficilement par suite d'hypertrophie concomitante de certains muscles, comme les psoas, qui seraient inhibiteurs de l'accouchement.

Jusqu'à présent, bien peu d'accoucheurs ont préconisé les exercices du corps au cours même de la grossesse.

La prudence avec laquelle l'obstétrique moderne aborde la solution de ce grave problème mérite d'être **soulignée.**

Les avis des accoucheurs sont en effet, à cet égard, très partagés.

Certains se montrent partisans convaincus de la culture physique chez la femme enceinte.

Ainsi les médecins russes Briukhatov et Schepetova (1) ont noté chez une quarantaine de femmes en état de gestation, à la suite de ces exercices, une sensation de bien-être. La digestion, les fonctions du système nerveux ne laissaient chez elles rien à désirer.

Schröder, Sellheim se montrent également favorables aux exercices gymnastiques chez les femmes en-

(1) BRIUKHATOV et SCHEPETOVA. — La culture physique des femmes enceintes (*La Gynécologie*, 1935, p. 537 et suiv.).

ceintes. Wiegels, Worringen, par contre, les désapprouvent. La plupart des accoucheurs, comme Rosenfeld, Thaler, Kourdinowski, Brönnikowa, Metzger, recommandent de n'en user qu'avec réserve et modération. Il convient, d'après eux, d'éviter les heurts, les mouvements brusques.

Les avis sont en général concordants quant aux époques de la grossesse pendant lesquelles les exercices physiques et la gymnastique abdominale sont respectivement permis ou défendus.

J. Ducuing et P. Guilhem, ainsi que Briukhatov et Schepetova défendent les exercices abdominaux pendant les jours correspondant à la menstruation, parce que le placenta aurait à cette période tendance au décollement. Pour la même raison, ce sont les quatorze premières et huit dernières semaines de la grossesse qui exigent les plus grandes précautions, un exercice modéré étant par contre indiqué entre ces deux périodes.

La notion de progression dans le choix de l'exercice et dans l'exercice lui-même est un des principes les plus importants de la culture physique chez la femme enceinte. L'exercice étant choisi, il ne faut à aucun moment demander à la femme des efforts trop violents, il faut s'arrêter toujours avant qu'elle n'éprouve une sensation de fatigue.

Les contre-indications peuvent être absolues ou passagères : l'âge, la constitution physique peuvent être des contre-indications. Le culture physique ne convient qu'aux femmes qui y sont entraînées avant leur grossesse.

Toute menace d'avortement représente une contre-indication absolue.

Le moindre trouble, céphalée, nausée, gastralgie, etc., impose une abstention de ces exercices jusqu'à ce que le médecin ait trouvé la cause de ce trouble et qu'il ait décidé de l'abstention ou de la continuation des exercices.

Les affections cardiaques, même compensées, les maladies de l'appareil respiratoire, sont des contre-indications absolues ou relatives suivant la gravité de la maladie; dans certains cas, on limitera simplement les mouvements.

Toutes les maladies fébriles représentent naturellement des contre-indications absolues.

Nous empruntons à Briukhatov et Schepetova une énumération des contre-indications de la gymnastique au cours de la grossesse.

Ce sont :

- 1° Les troubles inflammatoires;
- 2° Les toxicoses de grossesse, prééclampsisme (œdème, hypertension, albuminurie), pyélite, néphrite;
- 3° La disposition aux avortements fréquents, à l'accouchement prématuré et toute hémorragie de l'utérus;
- 4° Les anomalies de l'utérus;
- 5° La fibromatose de l'utérus;
- 6° Les maladies de cœur (cardiaques, surtout non-compensées);
- 7° Les maladies de poumons (tuberculose aux premier et deuxième stades);
- 8° Le basedowisme.

Les vomissements tenaces, le ptyalisme, la position défectueuse de fœtus, la grossesse gémellaire ne constitueraient pas de contre-indications.

Quant aux toxicoses, Kourdinowski et Bronnikova estiment que si la femme enceinte continue à pratiquer avec modération la culture physique, même en présence d'une certaine disposition à la toxicose, il ne faut pas la craindre, car la hausse de la pression vasculaire provenant de la pratique des exercices du corps n'est point assez grande pour devenir dangereuse. Par contre, les exercices physiques augmentent le métabolisme, ce qui est d'une grande utilité pour prévenir ou combattre la toxicose.

Pour la femme enceinte, la gymnastique abdominale aura surtout pour but de lutter contre l'adiposité, la ptose, l'effondrement de la paroi abdominale, la constipation, la mauvaise respiration. Elle joue un rôle important dans la prophylaxie des varices et œdèmes et tend à maintenir ou à rétablir l'équilibre du système nerveux végétatif, assez compromis au cours de la grossesse.

La gymnastique abdominale chez la femme enceinte a donc, comme nous le voyons, un champ d'action très vaste.

D'autres exercices physiques compléteront d'une façon appropriée les bons résultats obtenus grâce à elle.

Il va de soi que cette gymnastique doit être soumise à une surveillance médicale constante (1). Au cours du

(1) JEUDON (R.). — L'éducation physique de la femme en état de gestation (*Journal de Médecine de Paris*, 15 fév. 1934).

traitement, les pesées seront pratiquées à intervalles réguliers et les exercices seront soit raccourcis, soit supprimés, si le poids n'augmente pas et surtout si l'on assiste à un amaigrissement progressif.

CHAPITRE V

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale pendant les suites de couches.

L'hémorragie, la phlébite, l'embolie, l'infection puerpérale et ses complications, enfin le relâchement de la paroi abdominale — autant de dangers qui menacent la femme accouchée, tant au point de vue de son avenir éloigné que de son existence même.

Quelles sont les possibilités prophylactiques ou curatives de la gymnastique abdominale vis-à-vis de ces affections ?

A) PHLÉBITES ET EMBOLIES.

Il est acquis que la stase du sang veineux, en particulier au niveau des plexus pelviens, joue un rôle prépondérant dans l'étiologie des phlébites.

Les contractions musculaires, l'aspiration thoracique sont parmi les meilleurs facteurs de progression du sang. C'est pourquoi la plupart des auteurs modernes admettent que la thérapeutique par le mouvement joue un grand rôle dans la prophylaxie des phlébites.

Dès les premiers jours qui suivent l'accouchement, on invitera la femme à faire quelques mouvements de gymnastique respiratoire, ainsi que la promenade au lit, la « Spaziergang im Bett » des auteurs allemands.

Le lever précoce est plus discuté.

Les modalités des exercices physiques varient suivant les auteurs.

Metzger permet à ses accouchées de quitter le décubitus dorsal dès les premières vingt-quatre heures. Elles peuvent s'asseoir dans le lit dès le quatrième jour. Vers le dixième jour commencent les mouvements de gymnastique abdominale, toujours au lit : s'asseoir sans le secours des mains, relever à angle droit les membres inférieurs en extension très lentement, chaque mouvement répété dix à quinze fois.

J. Duening et P. Guilhem font exécuter les mouvements immédiatement après l'accouchement. Ils sont partisans du lever précoce ou, à son défaut, de la « promenade au lit ».

Selon l'avis de A.-G. Collazo (1), les accouchées doivent commencer la gymnastique respiratoire dans le décubitus dorsal dès la douzième heure après l'accouchement, après vérification de la température rectale. On fait ainsi faire dix à quinze mouvements d'élévation des deux bras. A partir de ce moment, on laisse la malade modifier spontanément sa position comme elle le désire.

Le second jour après l'accouchement, on augmente le nombre de ces exercices. Le troisième jour, la malade se lève après avoir pratiqué dix mouvements de flexion et d'abduction du tronc et dix mouvements d'abduction et d'adduction des cuisses, mouvements qui sont exécutés pendant qu'une masseuse oppose de la résistance à ces mouvements. Dès ce jour-là, la malade peut aller et venir librement. A partir du quatrième jour, elle doit exécuter sa gymnastique debout.

(1) COLLAZO (A.-G.). — Le lever précoce et la gymnastique dans le puerpérium (*La Prensa Medica Argentina*, t. XVIII, 34, 10 mai 1935).

Jusqu'ici nous avons traité de l'utilisation de la gymnastique dans la prophylaxie des phlébites.

Mais en cas de phlébite déclarée, quelle conduite prescrire ?

Tous les auteurs sont ici formels : les exercices doivent être interrompus dès l'apparition du moindre symptôme d'une atteinte veineuse (1). Le traitement de la phlébite déclarée réside essentiellement dans l'immobilisation. Pendant la période évolutive de la phlébite, le danger de l'embolie est grand. L'immobilisation doit être strictement maintenue, tant que des embolies seront à redouter.

« Entre un séjour au lit, serait-il de deux mois, qu'entraîne notre immobilisation et la possibilité d'une embolie mortelle, nous n'hésitons pas », déclarent Dueining et Guilhem (2).

Les mêmes auteurs trouvent la norme classique d'immobilisation pendant quarante jours dans les phlébites déclarées trop rigide.

On peut, à leur avis, commencer la troisième semaine des mouvements horizontaux d'abduction et d'adduction des membres reposant sur le plan de lit; la malade peut faire quelques mouvements de flexion des hanches.

La quatrième semaine, la convalescente s'assied sur le bord du lit, les jambes pendantes, puis fait quelques mouvements de bicyclette. Alors seulement, si aucun accident ne s'est produit, le lever peut être permis.

(1) HALBRON (P.). — Les phlébites; étude clinique, étologique et thérapeutique (*Annales de Thérapie biologique*, décembre 1934).

(2) DUCUING (J.). et GUILHEM (P.). — Mouvement et phlébites (*La Gynécologie*, mars 1934, p. 143).

Il faut avoir la certitude de la cession de tous phénomènes évolutifs pour instituer la mobilisation.

Dans la thérapeutique des phlébites, nous retrouvons sans cesse cette contradiction entre le besoin impérieux du mouvement et ses dangers, entre la nécessité d'une immobilisation et les complications que celle-ci peut entraîner, si elle se prolonge (1).

Les séquelles de phlébites sont justiciables elles aussi de la gymnastique abdominale.

Duening et Guilhem conseillent aux convalescentes de phlébite de faire le soir en se couchant une séance de massage suivie de quelques exercices de gymnastique comprenant des mouvements s'adressant aux membres inférieurs et des mouvements abdominaux. Ces mouvements sont utiles surtout dans le cas d'œdème chronique et de varices de la paroi abdominale.

Chaque séance de gymnastique doit comprendre obligatoirement des exercices respiratoires.

Le matin, les mouvements sont repris. Dans la journée, on conseille des exercices modérés, nécessitant des contractions musculaires, rythmées de façon à améliorer l'expression des veines des membres inférieurs.

Sont déconseillés : les exercices prolongés dans la station debout.

Les séquelles d'infarctus pulmonaire sont justiciables surtout d'un traitement médical. Cependant leur existence n'est pas une contre-indication absolue à la gymnastique. Tout au plus leur présence peut dans

(1) DUCUING (J.). — Lever précoce et promenade au lit dans le traitement des phlébites, thromboses et embolies des suites opératoires et des suites des couches (1934).

certains cas constituer une indication à agir avec plus de modération et de prudence.

B) RELACHEMENT DE LA PAROI ABDOMINALE.

Après l'accouchement, il existe toujours un espace entre les muscles droits. C'est l'éventration physiologique.

Cette éventration s'atténue par la suite. On peut juger de l'écartement qui persiste en glissant les doigts entre les muscles droits pendant que la femme s'assied en faisant effort (1).

Le relâchement a des répercussions fâcheuses sur l'organisme de la femme.

Une de ses conséquences immédiates est : la constipation. L'intestin est presque toujours paresseux pendant les suites des couches, il est rare qu'il fonctionne spontanément; cela tient au séjour au lit et aussi à la laxité de la paroi abdominale.

Plus tard, l'effondrement de la paroi abdominale antérieure entraînera la ptose et parfois la rétro-dévi-
tion.

Toute ceinture ne sera qu'un cache-misère, le meilleur bandage est la constitution d'une sangle musculaire abdominale solide.

Aussi, d'après J.-L. Faure et A. Siredey, pour aider à la restauration de la paroi abdominale la gymnastique dans le lit est tout indiquée, à condition toutefois qu'il n'y ait pas d'affection intercurrente susceptible de venir compliquer l'état de l'accouchée.

Après les accouchements opératoires, après les déchirures périnéales étendues, on doit attendre plusieurs

(1) METZGER (M.). — L'accoucheur moderne (Alcan, Paris, 1936).

semaines avant de commencer les exercices du post-partum.

Dans certains cas d'hypotension et d'asthénie du post-partum, la plus grande prudence est également de rigueur, d'autant plus que la lactation représente déjà pour ces femmes un effort considérable.

C) INFECTION PUERPÉRALE.

Comme toutes les maladies générales, s'accompagnant de fièvre, l'infection puerpérale représente naturellement une contre-indication absolue à la pratique de la gymnastique abdominale.

D) HÉMORRAGIES DU POST-PARTUM.

Comme nous l'avons vu dans un chapitre précédent, les hémorragies génitales constituent une des contre-indications de la gymnastique abdominale. L'hémorragie du post-partum en est une des plus absolues, car, survenant dans un organisme affaibli par l'accouchement, elle impose un repos rigoureux.

CHAPITRE VI

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale dans les suites opératoires

A la suite des opérations gynécologiques, la gymnastique abdominale a surtout pour but la prophylaxie des phlébites, d'une part, du relâchement de la paroi musculaire, d'autre part.

Les principes que nous avons énoncés au sujet des exercices physiques dans les suites de couches pourraient donc être appliqués presque intégralement aux suites opératoires.

Les opérations abdominales pratiquées chez la femme la prédisposent à la thrombose.

Ainsi l'hystérectomie pour fibrome se complique assez fréquemment de phlébites.

La plupart des phlébites post-opératoires sont des phlébites aseptiques ou tout au moins ne relèvent pas, comme cause primordiale, de l'infection.

Divers facteurs augmentent la prédisposition aux phlébites : l'obésité, l'adultération du système veineux (varicosités, varices, phlébites antérieures), l'hypercoagulabilité et l'hyperviscosité du sang. Entre 40 et 50 ans, la phlébite s'observe plus souvent qu'à n'importe quelle autre période de la vie.

Au point de vue prophylactique, on renforcera la tonicité du cœur par la digitale, on diminuera l'hypercoagulabilité du sang par le citrate de soude, etc. Mais,

en outre, la gymnastique respiratoire et musculaire amélioreront préventivement la circulation sanguine.

Après l'opération, la « promenade au lit », les exercices respiratoires et surtout le lever précoce (du troisième au cinquième jour) constituent la prophylaxie la meilleure de la phlébite et de l'embolie. Sur cent cinquante interventions abdominales, Chalier n'a observé, grâce au lever précoce, aucune embolie mortelle, aucune phlébite.

Contre le relâchement de la paroi abdominale post-opératoire, la promenade au lit et le lever précoce semblent aussi avoir une efficacité réelle.

Le lever précoce constitue par lui-même une sorte de gymnastique abdominale douce.

Le reproche qu'on fait au lever précoce de favoriser l'éventration est injustifié, car une paroi abdominale est théoriquement aussi bien fermée, sinon mieux, dans la station debout qu'en résolution musculaire (1).

Après une ovariectomie ou une hystérectomie aseptique, la progression des exercices est à peu près la suivante.

Dès le lendemain de l'opération, les malades sont autorisées à se mouvoir dans leur lit.

Le lever débute entre le troisième et le cinquième jour.

Dans la matinée, la malade est invitée à s'asseoir dans son lit. Il est exceptionnel qu'elle accuse une sensation de vertige ou de lipothymie.

Après le repas de midi, l'opérée se glisse de son lit

(1) JEANNENEY (G.). — Le lever précoce (*Bull. et Mém. de la Soc. Nation. de Chirurgie*, t. LIX, 9, 27, 18 octobre 1933).

à un fauteuil voisin et y demeure pendant un temps qui varie d'une demi-heure à plusieurs heures (1).

Progressivement, dans les jours suivants, le lever est plus long, la marche plus aisée. Dès le sixième jour, certaines femmes hystérectomisées vaquent seules à leur toilette et prennent à table leurs repas.

A partir du septième ou huitième jour, les malades peuvent se promener dans les couloirs ou les jardins, leur départ varie du neuvième au quinzième jour suivant l'importance de l'intervention.

Le lever précoce ne constitue pas seulement la meilleure prophylaxie de la phlébite et de l'embolie, mais présente des avantages multiples : rétablissement immédiat ou rapide des fonctions viscérales et intestinales, absence des accidents de décubitus, retour rapide à la vie normale, sans ces atrophies musculaires, sans cette hypotonie physique et morale qui accompagne le séjour prolongé au lit.

Toutefois, cette méthode exige des conditions bien définies : le lever précoce n'est indiqué que dans les cas d'opérations aseptiques, terminées par la fermeture complète de la paroi et dont les suites sont indemnes d'hémorragies et de réaction péritonéale (2).

Les grands drainages de l'abdomen, les suppurations pelviennes sont des contre-indications au lever précoce qui risquerait de disséminer l'infection et de favoriser l'éventration.

(1) CHALIER (A.). — Le lever précoce après les opérations abdominales (Soc. de Chirurgie de Lyon, séance du 31 octobre 1929; *La Gynécologie*, février 1930).

(2) CHALIER (A.). — Sur la prophylaxie des phlébites et embolies post-opératoires en gynécologie (*Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, 11 février 1931).

On peut lever le quatrième ou le cinquième jour certaines opérées, munies de Mickulicz, à condition qu'il ne s'agisse pas de sujets manifestement infectés, avec la précaution d'interrompre le lever pendant un jour ou deux au moment de la suppression du drainage.

CHAPITRE VII

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale dans les pénétopathies inflammatoires.

A) GÉNITOPATHIES INFLAMMATOIRES AIGÜES.

La génitopathie inflammatoire aiguë contre-indique formellement la gymnastique abdominale.

Qu'il s'agisse de métrite, salpingite, cellulite pelvienne, etc., tous les auteurs insistent sur l'obligation du repos, comme condition essentielle d'évolution favorable de la maladie (1).

Les phénomènes douloureux qui accompagnent si souvent ces affections suffiraient à eux seuls pour contre-indiquer tout mouvement susceptible d'exacerber les souffrances de la malade.

D'autre part, l'augmentation du métabolisme basal et la fatigue musculaire qui résulteraient de ces exercices diminueraient la résistance de l'organisme. Enfin, le mouvement exposerait la malade au grand risque de dissémination de l'infection.

B) GÉNITOPATHIES INFLAMMATOIRES SUBAIGÜES ET CHRONIQUES.

Le repos n'est pas aussi nécessaire dans les génito-

(1) BACHY (G.). — A propos du traitement des salpingites (Soc. de chirurgie de Paris, séance du 25 janvier 1933, *La Gynécologie*), et MATTERS (R.-Francis) : La cervicite et ses conséquences (*The Journal of Obst. and Gyn. of the Brit. Empire*, hiver 1931).

pathies subaiguës et chroniques que dans les infections aiguës. Certains gynécologues ont même tendance à traiter les premières par le mouvement. Cette tendance a été introduite dans la pratique par Stapfer, qui considérerait ces cas comme une indication princeps de la kinésithérapie. Celle-ci donnerait de bons résultats même dans les inflammations assez anciennes.

La conception de Stapfer a été adoptée par ses élèves et continuateurs, comme Netter, Sosnowska, etc.

Dans les inflammations chroniques, les seuls exercices à utiliser sont ceux de la gymnastique décongestionnante.

La gymnastique abdominale, en tant que congestionnante, sera contre-indiquée.

CHAPITRE VIII

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale dans les génitopathies néoplasiques.

Peu nombreux sont les auteurs qui ont envisagé l'application de la gymnastique aux néoplasmes.

Stapfer classe parmi les indications de la méthode de Brandt, les « tumeurs génitales solides ou liquides, mais bénignes, et de l'une des catégories suivantes : tumeurs résolubles; tumeurs non résolubles, mais expulsables ou évacuables par les voies naturelles; tumeurs non résolubles, mais à volume croissant à intervalles réguliers, sous l'influence de la double poussée congestive mensuelle ».

Sont mentionnés par cet auteur : œdèmes et infiltrations plastiques, hématocele en voie de résolution, les polypes utérins, les kistes tubaires, les fibromes, les fibromyomes, les kystes ovariens et parovariens, etc.

A l'appui de son opinion, Stapfer cite de nombreuses malades atteintes des affections précitées chez lesquelles le massage (surtout) et la gymnastique décongestionnante auraient donné de bons résultats.

Tout récemment, H. Sosnowska (1), au sixième congrès de gynécologie, vantait les avantages de la kinésithérapie dans la prophylaxie du cancer du col utérus et s'exprimait ainsi :

(1) SOSNOWSKA (H.). — Prophylaxie du cancer du col utérin (6^e congrès français de gynécologie, *Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, décembre 1937, p. 878 et suivantes).

« La véritable prophylaxie du cancer du col consiste dans la guérison complète de ce qu'on appelle « la misère gynécologique » : congestion des organes génitaux, cellulite de ces organes, métrite chronique ou endocervicite du col. »

« Les maladies génitales de la femme sont souvent provoquées par les congestions intensives dues à une mauvaise circulation, une mauvaise hygiène, un mauvais régime entraînant de la constipation. Si nous arrivons à combattre cette stase chronique, nous empêcherons non seulement en partie les infections, mais également tout ce qui favorise les ulcérations. Il faut empêcher que les états inflammatoires chroniques ne fassent le lit du cancer.

« La méthode de Brandt (massage gynécologique et mouvements décongestionnants) constitue un moyen très efficace pour régulariser la circulation pelvienne, calmer les douleurs et remonter l'état général. »

Remarquons que la gymnastique préconisée est toujours la gymnastique décongestionnante. La gymnastique abdominale, étant congestionnante, on risquerait, en la faisant pratiquer, d'aggraver l'état de la malade et on favoriserait les hémorragies éventuelles.

En un mot, on irait à l'encontre du but désiré.

Dans certains cas, la gymnastique abdominale peut même être désastreuse. C'est le cas des kystes d'ovaire, dont la gymnastique intempestive peut provoquer la rupture.

Contrairement à l'opinion de Stapfer, la majorité des gynécologues se prononcent donc en faveur de l'abstention d'exercices physiques dans les cas de tumeurs, aussi bien bénignes que malignes.

CHAPITRE IX

Indications et contre-indications de la gymnastique abdominale dans le maintien ou la récupération de l'esthétique du ventre.

« L'esthétique du ventre est fragile » (JAYLE).

Les troubles de la nutrition, la sédentarité plus encore que les grossesses répétées vont entraîner souvent à son niveau les pires déchéances.

Les altérations les plus fréquentes que l'on observe au niveau du ventre sont : la surcharge adipeuse, l'amaigrissement, l'hypotonie musculaire et enfin l'éventration.

Ces altérations de la morphologie abdominale ont été minutieusement décrites par notre Maître le Professeur Binet (1). Nous en rappellerons brièvement les principaux caractères. Notons qu'elles ne s'excluent pas toujours et certaines peuvent parfaitement coexister sur un même sujet.

1° *Adipose abdominale*. — A un premier degré, elle arrondit le ventre : la femme bedonne. « Lorsque cette surcharge grasseuse se combine à un certain relâchement de la paroi abdominale et à du tympanisme intestinal, le ventre globuleux mérite bien l'épithète de ventre « en ballon ».

A un degré plus accentué, l'adipose, on note l'appar-

(1) BINET (A.). — Morphologie médico-artistique de la femme; et : Les Régions génitales de la femme, p. 69 et suiv.

rition d'amas graisseux ou stéatomes au niveau de la région sous-ombilicale. Parfois même, un bourrelet graisseux va constituer un tablier plus ou moins bilobé, pendant au-devant de la vulve. C'est le ventre « en tablier » ou « en besace ».

La terminologie de ces formes varie d'un auteur à l'autre (1), mais toutes sont l'expression de l'accumulation de la graisse au niveau de l'abdomen, liée ou non au relâchement musculo-aponévrotique. L'adipose est la cause fréquente des hernies ombilicales, l'anneau distendu par la graisse finissant par céder.

2° *Amaigrissement*. — Chez les femmes, dont la maigreur est constitutionnelle, chez les sportives maigres en particulier, les muscles et la peau ont conservé et parfois accru leur tonicité. L'esthétique abdominale demeure parfaite.

Mais, par contre, l'aspect de la paroi abdominale dans l'amaigrissement pathologique mérite de nous arrêter un instant.

Dans un premier degré, le ventre apparaît plat dans le décubitus dorsal, les côtes sont saillantes, l'ombilic est à fleur de peau. Les vergetures, particulièrement visibles, donnent au ventre, par leur confluence, un aspect « gaufré ». Chez les femmes très amaigries, les vergetures se creusent en rides profondes. Le ventre est « ridé ».

Il y a des ventres « accordéons » où l'amaigrissement succède à l'adipose. La distension de la peau s'ac-

(1) PETIT-DUTAILLIS (P.). — Etude clinique et radiologique des troubles moteurs en gynécologie (*La Gynécologie*, avril 1930).

centue. Elle affecte la forme de pendeloque ou encore se ride, se flétrit.

La phase de sénilité et d'amaigrissement extrême se traduit par une déformation plus marquée encore : c'est le ventre « chiffon ». S'il y a coexistence de veines variqueuses, il arrive que celles-ci se dessinent parfois dans la position debout et disparaissent dans le décubitus.

3° *Ptose abdominale.* — Comme nous l'avons dit déjà au chapitre II, la ptose est la conséquence de l'hypotonie des muscles abdominaux. On peut l'observer indifféremment chez les obèses ou chez les maigres. Mais elle est plus apparente chez ces dernières.

Chez les ptosiques maigres, la distension de la paroi abdominale par le paquet gastro-intestinal vient former une poche sus-pubienne. C'est le ventre en « jabot » ou « en sac ». Cette ptose est très fréquente chez les sujets âgés. La sangle musculaire du ventre est si atrophiée que même la contraction musculaire arrive à peine à réduire la déformation.

Parfois la paroi est si mince et si flasque qu'on aperçoit les mouvements péristaltiques de la masse vallonée de l'intestin.

4° *Éventration.* — L'éventration est due à l'écartement des muscles abdominaux. Le plus souvent elle siège sur la ligne médiane. La diastasis des muscles droits permet au contenu abdominal de se hernier. Si les muscles latéraux du ventre sont en même temps hypotoniques, le ventre affecte une forme trilobée. L'éventration se combine en effet fréquemment avec l'atrophie musculaire.

Elle réalise une véritable hernie de faiblesse. On l'observe chez les femmes grasses, comme chez les femmes maigres. Elle est plus facilement décelable chez les maigres.

L'éventration peut se produire spontanément, succéder comme nous l'avons dit plus haut à des accouchements ou être la conséquence d'une laparotomie chirurgicale.

Une technique défectueuse dans la réparation chirurgicale de la paroi ou la qualité défectueuse du tissu musculaire sont à incriminer suivant les cas.

Causées souvent par la mauvaise hygiène et la sédentarité, ces diverses altérations de la morphologie du ventre seront combattues efficacement par la gymnastique abdominale. Par ses effets généraux (suractivation de toutes les grandes fonctions) et par ses effets locaux (le muscle qui se contracte brûle la graisse qui l'environne) (1) la gymnastique abdominale brûlera la graisse superflue et régénérera les muscles de la paroi abdominale.

La gymnastique respiratoire doit être considérée comme un adjuvant indispensable de la gymnastique abdominale.

Les exercices ne différeront que par les modalités de rythme et de durée suivant l'altération à corriger.

Pour l'amaigrissement si souvent combiné à la ptose, il faudra instituer des exercices modérés, n'allant jamais jusqu'à la fatigue, surtout si on a à faire à des sujets âgés et affaiblis.

(1) RUFFIER. — Le traitement de l'obésité par la culture physique (Paris, 1930).

Par contre, dans l'adipose (bien que la graisse cache souvent une grande déficience musculaire), on élève progressivement la durée et le rythme des exercices jusqu'à la transpiration.

Cependant, avant de prescrire à une femme ces exercices, il faut s'assurer qu'on n'a pas à faire à une cardio-rénale, ni même une simple hypertendue, ces affections constituant des contre-indications à des exercices physiques intensifs.

BIBLIOGRAPHIE

- BACHY (G.). — A propos du traitement des salpingites (Soc. de Chirurgie de Paris, séance du 25 janvier 1933 : *La Gynécologie*).
- BINET (A.). — Morphologie médico-artistique de la femme (*L'Expansion Scientifique Française*, édit., Paris, 1937).
- Les régions génitales de la femme, formes normales et malformations (Vigot, édit., Paris 1938).
- La vie sexuelle de la femme (*Expansion Scient. Franç.*, édit., Paris, 2^e édition 1938).
- La gynécologie indispensable (*Expansion Sc. Franç.*, édit., Paris 1934).
- BOIGEY (M.). — Manuel scientifique d'éducation physique (1932).
- BRINKHATOV (N.) et SCHEPETOVA (K.). — La culture physique des femmes enceintes (*La Gynécologie*, 1935).
- CHALIER (A.). — Le lever précoce après les opérations abdominales (Soc. de Chirurgie de Lyon, séance du 31 octobre 1929; *La Gynécologie*, février 1930)..
- Sur la prophylaxie des phlébites et embolies post-opératoires en gynécologie (*Bull. et Mémoires de la Soc. de Chirurgie*, 11 février 1931, p. 2116).
- COLLAZO (A.-G.). — Le lever précoce et la gymnastique dans le puerperium (*La Prensa Medica Argentina*, t. XVIII, 34, 10 mai 1935).
- DOUAY (E.). — Rétroversion utérine (*Revue Française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1937).
- DRUOST (H.-C.). — Mentruation et Education Physique (Thèse de Nancy, 1932).
- DUCUING (J.). — Lever précoce et promenade au lit dans le traitement des phlébites, thromboses et embolies des suites opératoires et des suites de couches (1934).
- DUCUING (J.) et GUILHEM (P.). — Mouvement et phlébites (*La Gynécologie*, mars 1934).
- Culture physique de la femme enceinte, de l'accouchée et de la mère (*La Gynécologie*, mars 1934).

- FAURE (J.-L.) et SIREDEY (A.). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale (*Doin*, édit., Paris 1911).
- GAMBAROV (G.). — Le traitement des hémorragies gynécologiques (*Gynécologie et Obstétrique*, t. 33, 3, mars 1936).
- HALBRON. — Les phlébites; étude clinique, étiologie et thérapeutique (*Annales de Thérapie biologique*, décembre 1934).
- JAYLE (F.). — Traitement des troubles de la ménopause artificielle (*Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique*, séance du 6 mai 1933).
- JEANNENEY (G.). — Le lever précoce (*Bull. et Mém. de la Soc. Nationale de Chirurgie*, t. LIX, 9, 27 octobre 1933).
- JEUDON (R.). — L'éducation physique de la femme en état de gestation (*Journal de Médecine de Paris*, 15 fév. 1934; *Concours médical*, 11 février 1934; *Revue de vulgarisation des Sciences Médicales*, mars 1935).
- KÜSTNER (M.). — Traitement de la dysménorrhée (*Berichte über die Ges. Gyn. und Geb.*, Bd. 24, 4, 10; 27 juillet 1933).
- Fonctions génitales et sport (*Münch. Mediz. Wochenschrift*, t. LXXX, 4, 27 janvier 1933).
- LINDEMANN (W.). — De la phlébite post-opératoire (*M Schr. Geb. u. Gyn.*, Bd. LXXXVIII, H. 3-4, juin 1931).
- MADEUF (P.). — Conceptions nouvelles sur la statique abdominale et le traitement des états de ptose par la culture physique (Thèse de Paris, 1934).
- MAYER (A.). — Remarques au sujet de la question de la thrombose et de l'embolie (*M Schr. Geb. und Gyn.*, Bd. 91, H. 1-2, mai 1932).
- MERKLEN (L.), et DRUOST (M.). — Sédentarité, exercices physiques et menstruation (*Rev. Médicale de l'Est*, 1-15 octobre 1931).
- MONOD (E.). — Massage et troubles urinaires liés aux déviations utérines (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, 1896).
- NETTER (L.). — Kinésithérapie et la douleur (*Rev. Franç. de Gynécol. et d'Obst.*, juin 1933).
- PETIT-DUTAILLIS (P.). — Etude clinique et radiologique des troubles moteurs en gynécologie (*La Gynécologie*, avril 1930).
- PIERRA (M.-L.). — Indications générales du traitement médical en dysménorrhée (*Rev. Franç. de Gynéc. et d'Obst.*, juin 1933).

- QUINCIEN (M.). — Souffrantes et douloureuses (*Rev. Franç. de Gynéc. et d'Obst.*, 10 janvier 1925).
- RUFFIER. — Le traitement de l'obésité (« *Physis* » édit., 1930).
- SIREDEY (A.). — Les hémorragies des jeunes filles et des jeunes femmes (*Bull. Médical*, 16 mai 1931).
- SOSNOWSKA (H.). — Deux cas d'insuffisance ovarienne soignés et traités par la méthode de Brandt (*Revue Franç. de Gynécol. et d'Obst.*, juillet 1934).
- Traitement de Th. Brandt au point de vue analgésique (*Revue Franç. de Gynécol. et d'Obst.*, août 1933).
- Prophylaxie du cancer du col utérin (6^e Congrès franç. de Gynécologie. *Rev. Franç. de Gyn. et d'Obst.*, décembre 1937).
- STAPFER (H.). — Traité de Kinésithérapie en gynécologie (1893).
- Comment on fonde une méthode (1898).
- SZATMARY. — Les embolies post-opératoires mortelles (*Zbl. für Gynäk.*, 1931, 11).
- VIGNES (H.). — La femme et l'exercice physique (*La Presse Médicale*, 16 décembre 1933).
- VILLARD (M.). — Embolies et phlébites post-opératoires (Soc. de Chirur. de Lyon (*La Gynécologie*, mars 1930).
-

VU :

Nancy, le 31 mars 1939.

Le Président de thèse,

A. BINET.

VU ET APPROUVÉ :

Nancy, le 31 mars 1939.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 1^{er} avril 1939.

Le Recteur de l'Académie,

Président du Conseil de l'Université,

L. BRUNTZ.

TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION	7
CHAPITRE I ^{er} . — La gymnastique abdominale dans les troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme	11
A. Aménorrhée.	11
B. Dysménorrhée et douleurs intermenstruelles.	14
C. Ménorragies et métrorragies	19
CHAPITRE II. — La gymnastique abdominale dans les ptoses viscérales et relâchements musculaires	22
CHAPITRE III. — La gymnastique abdominale dans les déviations de l'utérus	25
CHAPITRE IV. — La gymnastique abdominale au cours de la grossesse.	27
CHAPITRE V. — La gymnastique abdominale pendant les suites de couche	33
A. La gymnastique abdominale dans la prophylaxie et le traitement des phlébites et embolies puerpérales	33
B. La gymnastique abdominale dans le traitement du relâchement de la paroi abdominale après l'accouchement	37
C. La gymnastique abdominale dans le traitement de l'infection puerpérale	38
D. La gymnastique abdominale dans les hémorragies du post-partum.	38
CHAPITRE VI. — La gymnastique abdominale dans les suites opératoires	39
CHAPITRE VII. — La gymnastique abdominale dans les génitopathies inflammatoires	43
CHAPITRE VIII. — La gymnastique abdominale dans les génitopathies néoplasiques	45
CHAPITRE IX. — La gymnastique abdominale dans le maintien ou la récupération de l'esthétique du ventre.	47
BIBLIOGRAPHIE.	52

